Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 682

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 januari 2016

Tijdens het VAO Wijkverpleging (Handelingen II 2015/16, nr. 22, item 16) heeft het Kamerlid Dik-Faber een motie[1] ingediend met het verzoek aan de regering om een quickscan onder zorgverzekeraars uit te voeren over de wijze waarop zij in de praktijk invulling geven aan de definitie van planbare en niet-planbare zorg bij de beoordeling van een aanvraag voor een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Met deze brief beantwoord ik de motie.

Zoals ik tijdens het VAO Wijkverpleging heb aangegeven is al aan de Kamer toegezegd dat de wijze waarop het Zvw-pgb in de praktijk vorm krijgt wordt gemonitord. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de afbakening van de doelgroep en de afgesproken toegangscriteria. Zoals met Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is afgesproken, wordt de monitor begin dit jaar uitgevoerd, waarbij wordt gekeken naar heel 2015. Onderzoeksbureau ITS Radboud Universiteit Nijmegen voert op dit moment de monitor uit. De verwachting is dat deze in april 2016 aan de Kamer kan worden aangeboden.

Uitvoering motie

Op verzoek van uw Kamer met betreffende motie heb ik vooruitlopend op de monitor een quickscan uitgevoerd onder zorgverzekeraars. Ik wil daarbij benadrukken dat deze quickscan slechts een eerste beeld geeft op basis van de specifieke aandachtspunten van de Kamer. Ik heb de quickscan uitgevoerd door via ZN een uitvraag te doen bij individuele zorgverzekeraars.
Daarbij is gevraagd naar de wijze waarop zorgverzekeraars de afgesproken vier inhoudelijke criteria hanteerden. Hoewel de motie zich richt op het criterium planbaarheid, maakt dat criterium deel uit van een set van vier criteria die ieder in zichzelf voldoende kunnen zijn om in

[1] Kamerstuk 29 689, nr. 671.

kst-29689-682
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

aanmerking te komen voor een pgb. Daarom is in algemene zin ook naar toepassing van alle criteria gevraagd. Vervolgens is gevraagd naar de wijze waarop zorgverzekeraars de criteria nader hebben uitgewerkt en op welke informatie de zorgverzekeraar zich baseerde om te toetsen of een verzekerde aan de criteria voldeed. Conform de motie is specifiek aandacht gevraagd voor de vraag wanneer in de praktijk sprake is van zorg die vooraf slecht is in te plannen. Ten slotte is gevraagd naar eventuele wijzigingen per 2016. Acht van de tien aangeschreven zorgverzekeraars hebben antwoord gegeven op de gestelde vragen.

Voor de goede orde herhaal ik de criteria zoals deze in de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo zijn opgenomen.

> Voor de beoordeling of een verzekerde gebruik kan en mag maken van een Zvw-pgb gelden de volgende specifieke criteria.
> De verzekerde heeft een zorgvraag waarbij sprake is van één of meer van de onderstaande criteria:
> – het vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
> – zorg die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
> – zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
> – de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Op welke wijze werden de criteria gehanteerd

Zorgverzekeraars geven aan dat de afgesproken criteria worden gehanteerd, zoals opgenomen in de bestuurlijke afspraken. Een aantal zorgverzekeraars expliciteert daarbij dat dat betekent dat de verzekerde in aanmerking komt voor een pgb, als de zorgvraag aan tenminste één van de afgesproken criteria voldoet. Ik maak daaruit op dat zorgverzekeraars zich aan de afspraak hebben gehouden dat een pgb-aanvraag alleen wordt afgewezen, als de verzekerde aan geen van de criteria voldoet. Afwijzen van de aanvraag, omdat de zorg planbaar is, is in dat beleid alleen aan de orde, als ook niet wordt voldaan aan de andere criteria.

Op welke wijze werd getoetst en op welke informatie werd dat gebaseerd

Bij de beoordeling gebruiken alle zorgverzekeraars een aanvraagformulier. Een groot deel van de zorgverzekeraars geeft aan dat een bewust keuze gesprek met de verzekerde wordt gevoerd. Sommige zorgverzekeraars doen dat bij alle aanvragen, andere, als zij op basis van de verdere beschikbare informatie nog geen beslissing kunnen nemen. Een verzekeraar licht daarbij bijvoorbeeld toe dat zij vragen aan de verzekerde om zijn situatie in zijn eigen woorden te beschrijven – los van de vier criteria – om daarbij een betere beoordeling te kunnen maken van de precieze zorgvraag. Sommige zorgverzekeraars nemen bovendien contact op met de wijkverpleegkundige of de huisarts, als dat nodig is om meer informatie te krijgen.

Wanneer is sprake van onplanbare zorg

Een aantal zorgverzekeraars geeft concrete voorbeelden op basis waarvan verzekerden al dan niet aan de criteria voldoen, waarbij specifiek wordt ingegaan op het criterium onplanbare zorg. Een zorgverzekeraar benoemt juist dat in zijn visie geen algemene uitspraken te doen zijn over wanneer

al dan niet van planbare zorg kan worden gesproken, omdat iedere situatie apart wordt bekeken.
Bij de voorbeelden die genoemd worden benoemt een aantal zorgverzekeraars bijvoorbeeld dat in een situatie waarin een verzekerde werkzaam is en tijdens het werk zorg nodig heeft, vaak aan één of meer van de criteria voldaan wordt. Een zorgverzekeraar geeft aan dat, als er geen *medische* reden is waarom de zorg direct beschikbaar moet zijn, dat aanleiding kan zijn om te beoordelen dat niet aan de betreffende criteria wordt voldaan. Daarbij wordt wel getoetst of de verzekerde op grond van een van de andere criteria in aanmerking komt.

Eventuele wijzigingen in 2016

ZN heeft mij geïnformeerd dat de informatie over de zorgvraag van de verzekerde per 2016 een explicietere plek heeft gekregen in het verpleegkundige-deel van het aanvraagformulier. Daarmee kan naar verwachting van verschillende verzekeraars beter gebruik worden gemaakt van de informatie van de wijkverpleegkundige bij de beoordeling. Ik heb uw Kamer over deze wijzigingen geïnformeerd op basis van Kamervragen over de indicatiestelling bij een Zvw-pgb.[2] Voor het overige geven de meeste zorgverzekeraars aan dat de werkwijze in 2016 niet significant wijzigt: het blijft een beoordeling op maat waarbij waar nodig aanvullende informatie wordt gevraagd van verzekerde of andere betrokkenen.

Ten slotte

Uit de informatie van de verschillende zorgverzekeraars maak ik op dat geen van de zorgverzekeraars een pgb-aanvraag afwijst alleen omdat de zorg planbaar is. Onderzocht wordt of de verzekerde aan één of meer van de afgesproken criteria voldoet. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de informatie uit de aanvraagformulieren, maar wordt in veel gevallen ook met de verzekerde en de indicerende wijkverpleegkundige gesproken.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

[2] Aanhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 987